|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委　任　状住　所　　　　　　　受 任 者氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関 |  |
| （フリガナ）口座名義 |  |
|  |
| 口座種別 / 口座番号 | 普通　・　当座 |  |

私は、上記の者に、いなべ市妊婦健康診査費用助成金の受領を委任します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日住　所　いなべ市　　　　　　　　　　　　　　　番地委 任 者氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |